



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Beneficios de la posición vertical en parturientas en la segunda parte del trabajo del parto frente a la posición horizontal

Autor/es

AIDA GUERRA SÁNCHEZ

Director/es

CRISTINA LOZANO OCHOA y ELENA ANDRADE GÓMEZ

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Beneficios de la posición vertical en parturientas en la segunda parte del trabajo del parto frente a la posición horizontal

, de AIDA GUERRA SÁNCHEZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2020

© Universidad de La Rioja, 2020

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

Beneficios de la posición vertical en parturientas en la segunda parte del trabajo del parto frente a la posición horizontal

Benefits of vertical position in women in the second stage of labour versus horizontal position

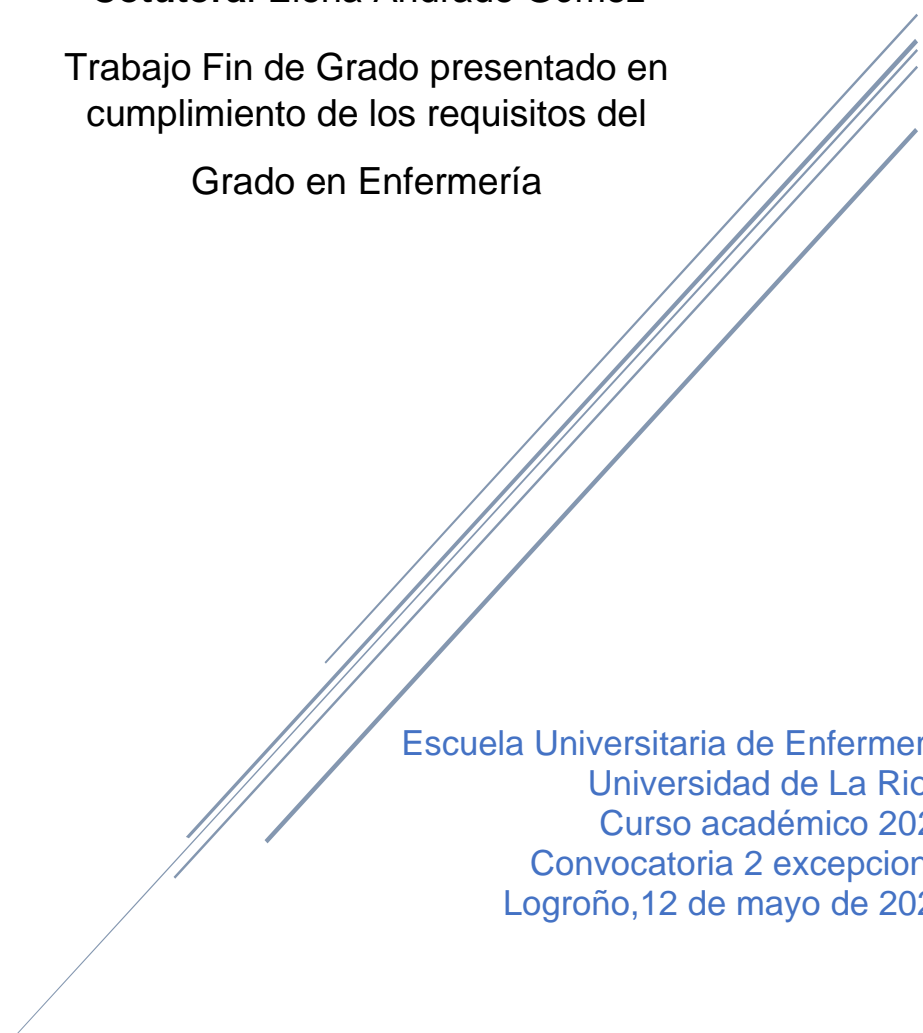
por

Aida Guerra Sánchez

Tutora: Cristina Lozano Ochoa

Cotutora: Elena Andrade Gómez

Trabajo Fin de Grado presentado en
cumplimiento de los requisitos del
Grado en Enfermería



Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de La Rioja
Curso académico 2020
Convocatoria 2 excepcional
Logroño, 12 de mayo de 2020

INDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| ABREVIATURAS | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de un parto normal?..... | 6 |
| 2. Alivio del dolor durante el parto | 8 |
| 3. Evolución de los cuidados intraparto | 9 |
| 4. La calidad de los cuidados intraparto..... | 9 |
| • 4.1. La estructura de los cuidados | 10 |
| • 4.2. El proceso del cuidado..... | 11 |
| 5. La satisfacción materna con la vivencia del parto..... | 12 |
| 6. Posturas maternas durante la segunda etapa del parto..... | 13 |
| • 6.1. Posición de litotomía | 13 |
| • 6.2. Posición supina | 14 |
| • 6.3. Posiciones laterales | 14 |
| • 6.4. Posiciones sentadas..... | 15 |
| • 6.5. Posiciones de rodillas | 15 |
| • 6.6. Posición en cuclillas | 15 |
| JUSTIFICACIÓN | 17 |
| OBJETIVOS | 18 |
| METODOLOGÍA | 19 |
| RESULTADOS | 21 |
| EN LA MADRE | 21 |
| A.1. Diámetro de la pelvis | 21 |
| A.2. Alivio del dolor materno | 21 |
| A.3. Reducción del tiempo del parto..... | 23 |
| EN EL NEONATO | 24 |
| A.4. Tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas. | 24 |
| - TRATAMIENTO DE DISTOCIA DE HOMBROS..... | 24 |
| - TRATAMIENTO DE POSICIÓN OCCIPUCIO POSTERIOR DEL BEBÉ | 25 |
| A.5. Modo de nacimiento..... | 26 |
| - PARTO VAGINAL ESPONTANEO | 26 |
| - PARTO ASISTIDO | 26 |
| - MODO DE NACIMIENTO: CESÁREA..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| A.6. Promover el bienestar fetal y del recién nacido | 27 |
| - PATRONES DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF) | 27 |
| - INGRESOS EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN) | 28 |
| - MUERTE PERINATAL | 28 |
| - ÍNDICES DE APGAR <7 | 28 |
| B.1. Reducción del trauma perineal. | 28 |
| - PERINE INTACTO | 29 |
| - EDEMA VULVAR | 29 |
| - EPISOTOMÍA | 30 |
| - DESGARROS PERINEALES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO | 31 |
| - DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO | 31 |
| B.2. Pérdida de sangre | 32 |
| B.3. Satisfacción materna | 33 |
| Tabla 3 Ideas centrales des aspectos positivos en ambas posiciones | 34 |
| Tabla 4 Ideas centrales des aspectos negativos en ambas posiciones | 34 |
| B.4. Recuperación postparto | 35 |
| CONCLUSIONES | 36 |
| REFERENCIAS..... | 38 |
| ANEXOS | 32 |
| Figura 1 Metodología de búsqueda | 32 |
| Tabla 2 Factores intraparto y postparto que pueden tener relación con las posiciones verticales | 33 |

RESUMEN

Objetivo: Analizar las ventajas de las posiciones verticales frente a las horizontales en la segunda etapa del parto.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, The Cochrane Library, Dialnet y Scielo. Se limitó a documentos publicados en los últimos diez años en los siguientes idiomas: inglés, portugués y español. Se realizó la búsqueda utilizando las palabras clave con el operador booleano «AND».

Resultados: Se seleccionaron 20 documentos que mostraron beneficios de las posiciones verticales frente a las horizontales en varios aspectos. Las posiciones verticales mostraron beneficios en el aumento del diámetro de la pelvis, en la reducción del dolor y en la reducción de la duración del parto. Esta postura también se mostró beneficiosa para el tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas, para la reducción de patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal y en la recuperación postparto. En cuanto a los traumatismos perineales y la satisfacción materna se encontraron resultados muy dispares, sin llegar a ninguna conclusión. Por último, no se encontraron diferencias significativas entre ambas posiciones en el modo de nacimiento, bienestar del neonato (en cuanto a los ingresos en cuidados intensivos neonatales (UCIN), muerte perinatal e índices de Apgar <7) y hemorragia en el parto.

Conclusiones: Las posiciones verticales principalmente son beneficiosas en el aumento del diámetro pélvico, la reducción del dolor y la duración del parto, sin embargo, hay controversia entre los resultados de traumatismos perineales y satisfacción materna. Esto sugiere una mayor investigación sobre la influencia de las posiciones verticales en estas variables. El profesional de enfermería es el encargado de proporcionar los cuidados durante el parto y postparto por lo tanto debe de conocer en profundidad el proceso de parto, sus etapas, mecanismo de alivio del dolor, así como las diferentes posiciones que se pueden adoptar, basándose en la evidencia existente. A pesar de los beneficios mostrados de las posiciones verticales, las posiciones de litotomía y supina son las más populares entre las parturientas, tal vez esto se deba a la falta de información de las madres. Por lo tanto, desde el ámbito de la enfermería se podría informar a las madres sobre los beneficios de las posiciones verticales en las clases preparto para que ellas puedan elegir otras alternativas.

Palabras clave: parto, posición, vertical, segunda etapa del parto.

ABSTRACT

Objective: To analyze the advantages of vertical versus horizontal positions in the second stage of labour.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the following databases: Pubmed, Medline, The Cochrane Library, Dialnet and Scielo. It was limited to documents published in the last ten years in English, Portuguese and Spanish. The search was performed using the keywords with the boolean operator "AND".

Results: 20 documents were selected that showed benefits of vertical versus horizontal positions in various variables. Vertical positions showed benefits in increasing of the diameter of the pelvis, reducing pain and reducing the duration of the labour. This posture was also beneficial for the treatment of certain obstetric complications, reducing pain and reducing the duration of labour. In terms of perineal trauma and maternal satisfaction, very mixed results were found, without being able to reach any conclusions. Finally, no significant differences were found between the two positions in the way of birth, the welfare of the newborn (in terms of admission in neonatal intensive care (NICU), perinatal death and Apgar rates <7) and haemorrhage during labour.

Conclusions: Vertical positions are mainly beneficial for the increase of the pelvic diameter, to reduce pain and duration of the delivery, however, there is controversy within the results of perineal trauma and maternal satisfaction. This suggests further research on the influence of vertical positions on these variables. The nurse is responsible for providing care during childbirth and postpartum, therefore she should deeply know the birthing process, its stages, pain relief mechanism, as well as the different positions that can be adopted, based on existing evidence. Despite the benefits shown from vertical positions, the lithotomy and supine positions are the most popular among the women in labour, maybe this is due to mother's lack of information. Therefore, the nursing field could inform mothers about the benefits of vertical positions at birthing classes so that they can choose other alternatives.

Keywords: labour, birth, position, vertical, second stage of labour.

ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal
- UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

INTRODUCCIÓN

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales en España, forman el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias. Además, se trata del único componente de la atención hospitalaria que trabaja mayoritariamente con población sana. Aun ocupando un gran porcentaje de la asistencia hospitalaria se ha investigado poco sobre ello y existen poca evidencia científica sobre los cuidados intraparto (1).

1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de un parto normal?

Un parto normal, según la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) “Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (2).

Consta de tres fases:

- La primera etapa comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases, la fase latente y activa:

- Fase latente:

Comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña del borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 cm o 4 cm.

- Fase activa:

Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Puede ser definida teniendo en cuenta criterios exclusivos de dilatación cervical, desde los 2 a los 10 cm de dilatación o desde los 4 a los 10 cm de dilatación o incluyendo la percepción de la mujer, como por ejemplo el inicio de contracciones regulares hasta el comienzo de los pujos (2).

- La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:

- Periodo del expulsivo pasivo:

Se caracteriza por la dilatación completa del cuello uterino, con o sin contracciones involuntarias de expulsivo.

- Periodo del expulsivo activo:

El feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo (2).

- En la tercera etapa, también llamada alumbramiento, es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta (2).

El tipo de parto puede clasificarse atendiendo diferentes parámetros. Por un lado, el parto puede ser un parto sencillo, es decir de un solo feto o bien múltiple, de dos o más fetos. Por otro lado, la vía del parto también puede variar, puede ser un parto vaginal, cuando el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien un parto abdominal, denominado cesárea. Los partos vaginales pueden ser eutócicos, estos son los partos normales, o bien instrumentados, que precisan de instrumentos aplicados por el médico para ayudar en el parto vaginal. Estos instrumentos son los fórceps, las espátulas o las ventosas (3).

Al margen del tipo de parto que tenga lugar, la segunda etapa del parto es de vital importancia y a menudo es la parte más estresante del proceso para la mujer y el bebé. Es por ello, que esta etapa deber ser bien gestionada disminuyendo la duración de la misma en la medida de lo posible , por el riesgo complicaciones maternas y fetales que pueden ser mortales, tanto en la madre como en el bebé (4).

Ciertas posiciones maternas durante la segunda etapa del parto tienen beneficios potenciales en la madre y en el niño. Proporcionan a la madre la sensación de un mayor control durante el parto y mejoran la satisfacción. Por el contrario, la adopción de posturas desfavorables puede provocar consecuencias negativas, como trauma perineal severo, incontinencia urinaria posparto y mayor pérdida de sangre (4).

El siguiente apartado aborda el tema del alivio del dolor, puesto que es uno de los factores más importantes para la satisfacción del parto en la madre y los métodos para aliviar este pueden dificultar la adopción de ciertas posturas.

2. Alivio del dolor durante el parto

El dolor durante el parto es uno de los factores que más preocupa a las madres (5).

El dolor de parto se transfiere mediante la estimulación de los nervios L1-L10 en la primera etapa y los nervios S2-S4 en la segunda. El dolor también puede derivar de la presión directa que se ejerce sobre la pared vaginal (6).

Los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor se basan en el empoderamiento de la madre, la reducción de su miedo y ansiedad, así como en el aumento del apoyo de la familia y el cónyuge. Estos métodos incluyen entre otros; ejercicios de estiramiento, técnicas de relajación y respiración, así como la libertad de adopción de posiciones maternas (6). De este último método es del que vamos a hablar en esta revisión.

En cuanto a los métodos farmacológicos, se encuentran los analgésicos regionales para aliviar el dolor en una región del cuerpo. Se pueden administrar varios tipos de analgesia regional durante el trabajo de parto: (5)

- **Analgesia epidural:** es la forma más efectiva de alivio de dolor durante el trabajo del parto (4). La analgesia epidural, también llamada *bloqueo epidural* o *epidural*, causa una pérdida de sensibilidad en la parte inferior del cuerpo mientras que el paciente permanece despierto. El medicamento comienza a funcionar entre 10 y 20 minutos después de haberse administrado. Una vez que el anestesista coloca el catéter, se pueden administrar pequeñas cantidades de medicamento durante todo el trabajo de parto sin la necesidad de poner otra inyección (5).
- **Bloqueo espinal:** es una inyección de una cantidad mucho menor del medicamento en el saco del líquido cefalorraquídeo que rodea la columna vertebral. El medicamento comienza a funcionar de inmediato, pero solo dura de 1 a 2 horas. Por lo general, el bloqueo espinal se administra solo una vez durante el trabajo de parto (5).
- **Epidural ambulante,** se trata de un bloqueo espinal y epidural, que permite la deambulación y el mantenimiento de posturas erguidas. Se usan anestésicos locales en dosis bajas en combinación con opioides (generalmente fentanilo) (5). Esta modalidad de anestesia epidural se introdujo a principios de la década de 1990 (4).

La introducción de la anestesia y la instrumentalización en el parto condujo a un significativo aumento del número de mujeres pariendo en posición horizontal (7).

3. Evolución de los cuidados intraparto

Los servicios sanitarios han ido evolucionando a lo largo de la historia y cada vez se han vuelto más sofisticados, esto ha garantizado una mejor asistencia al parto. Sin embargo, la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico (1).

Hoy en día existe suficiente evidencia como para afirmar que interferir en el proceso fisiológico del parto en ausencia de necesidad médica aumenta el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé. Se ha demostrado que se abusa del intervencionismo en partos de bajo riesgo como por ejemplo la rotura de bolsa prematura. También se ha observado una tendencia a no realizar diferentes cuidados intrapartos según el riesgo, tratando todos los partos por igual (1).

Además, el exceso de intervencionismo en el parto implica la adopción de la posición de litotomía por rutina, sin la debida evaluación de su efectividad o seguridad (7).

Por ello, en estos últimos años se ha hecho más hincapié en los factores que aseguran una buena calidad de los cuidados intraparto.

4. La calidad de los cuidados intraparto

La calidad en la atención al parto ha sido tradicionalmente medida en términos de morbi-mortalidad en mujeres y recién nacidos. Sin embargo, hoy en día tenemos en cuenta más factores a la hora de calificar los cuidados durante el parto como pueden ser (1):

- Insatisfacción con la experiencia
- Pérdida de autoestima
- Sentimientos de desvalidamiento e incompetencia
- Depresión
- Dificultades en el apego al recién nacido
- Rechazo de amamantamiento o dificultades con la lactancia
- Problemas con la crianza

Es importante medir la calidad de los cuidados examinando los indicadores que incluya la estructura, el proceso y el resultado (1).

4.1. La estructura de los cuidados

La estructura de los cuidados está ligada a la organización de los servicios de salud. Existen varios modelos de servicios maternos que se clasifican según la ideología en la que se basan, en el tipo de sistema sanitario que tengan y el lugar donde se asistan los partos normales (1).

En Europa coexisten varios modelos alternativos de servicios maternos:

- En un extremo se encuentra el modelo desinstitucionalizado, que sigue Holanda y los países escandinavos, entre otros. Es un modelo donde la mayoría de los partos se realizan en el domicilio y atendiendo fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas, además está centrado en las familias y se considera el parto como un proceso normal del principio a fin (1).
- En un punto intermedio está el actual modelo inglés, que deja elegir la modalidad de asistencia durante el embarazo, parto y puerperio a la mujer y el 90% de los partos tienen lugar en el hospital (1).
- Y por último está el modelo intervencionista institucionalizado, el más común en España, donde el parto es atendido por profesionales de medicina y enfermería especializados en el hospital, al igual que sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica. Es un modelo basado en la ideología bio-médica donde el intervencionismo médico es alto y donde se consideran los partos como normales solo de manera retrospectiva (1).

En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (SNS) (2007) (8), en el que se dieron recomendaciones basadas en la evidencia científica de algunas prácticas clínicas relacionadas con el parto. Tras el análisis se criticaron varios aspectos de la atención al parto en España, como la falta de libertad de la madre en la adopción de posturas durante el parto y el escaso protagonismo de la mujer y respeto a su autonomía (1).

A esta estrategia se le unieron dos documentos más: “Atención Hospitalaria al Parto: Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias” (2009) (9) y “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” (2010) (2) con la intención de establecer un nuevo modelo cuyos principios fuesen considerar el parto como un proceso fisiológico y atender de una forma integral, personalizada y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones que la legislación reconoce a las mujeres (1).

Estas estrategias lo que se persiguen es la excelencia asistencial. Por ello, las unidades de maternidad de los hospitales de España deberían de elaborar un plan de cuidados al parto siguiendo los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (1).

4.2. El proceso del cuidado

La calidad de los cuidados intraparto se puede medir observando y analizando las intervenciones que se realicen para promover un parto normal (1).

En este sentido, ya en 1985, en una reunión de la OMS, se establecieron unas recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos (1).

En 1996 el primer grupo de trabajo perinatal de la OMS concluyó que los cuidados perinatales inapropiados y el abuso de la tecnología sanitaria seguía siendo practicada ampliamente en todo el mundo. Al año siguiente se publicó una guía práctica de los cuidados de un parto normal, *“Care in Normal Birth: A Practical Guideline”*¹ (10), con el objetivo de crear programas que fomentasen un cambio en los servicios maternos. El *“Goal of Care”*² de un parto sería tener una madre y un recién nacido sanos con las mínimas intervenciones posibles (1).

Tras la elaboración de esta guía, un Segundo Grupo de Trabajo Perinatal incidió en la importancia de crear una herramienta que permitiese evaluar los cuidados efectivos de un parto normal, puesto que las herramientas de evaluación eran mínimas y la mayoría no cumplían los requisitos de aplicarse en todo el mundo. Más tarde, en 2004, se presentó un instrumento para la evaluación de los cuidados que cumplían con los ítems propuestos por la OMS (1).

En España se realizó una guía sobre los objetivos de la Estrategia de Atención al Parto Normal (8) en él se promueve el uso de prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia posible y se fomenta la investigación para mejorar los servicios de asistencia al parto especialmente en aquellos en los que no exista suficiente evidencia científica (1).

En cuanto a los resultados de los cuidados, a lo largo de los años se han medido mediante la morbi-mortalidad materna y del bebé. Sin embargo, hoy en día, la calidad de los resultados de los cuidados se mide según las siguientes variables:

- La **medición del dolor** referido y el grado de **alivio del dolor** de parto.
- La **efectividad y eficiencia** percibida por la madre: percepción de su dolor, de su autonomía, de su sensación de bienestar físico y mental y de la satisfacción con el resultado alcanzado (1).

¹ *“Care in Normal Birth: A Practical Guideline”*, en castellano “Cuidados en un Parto Normal: Guía práctica”

² *“Goal of Care”*, en castellano “Objetivos del cuidado”

5. La satisfacción materna con la vivencia del parto

La satisfacción percibida por las madres en cuanto al desarrollo del parto es importante para el bienestar del recién nacido, así como para la salud de la propia madre. Esta satisfacción puede evaluarse según los siguientes parámetros:

1. El **dolor** y el **alivio del dolor** juegan un papel indirecto en la satisfacción del parto, ya que un buen control del dolor durante el trabajo de parto, la capacidad de afrontar el mismo, y el conocimiento de recursos para aliviar el dolor influyen positivamente en el grado de satisfacción materna.
2. La **sensación de control** puede ser entendida como ser consciente en todo momento de lo que sucede, estar involucrado en la toma de decisiones, o bien tener una percepción de control externo e interno (la sensación de control sobre uno mismo y sus actos). En todos los casos se considera un factor determinante para la satisfacción materna con la experiencia del parto.
3. La **auto-eficacia** se entiende como la satisfacción de la mujer con sus propios sentimientos, comportamientos y pensamientos. Se relaciona con menos niveles de dolor y más posibilidades de terminación vaginal del parto.
4. Las **expectativas previas** de la experiencia de parto o lo que las mujeres esperaban o habían imaginado sobre cómo sería su experiencia, son un factor determinante para la satisfacción y está íntimamente relacionada con los dos anteriores: sensación de control y auto-eficacia.
5. El **acompañamiento** fue entendido desde diferentes perspectivas según los autores. Bravo y Correjo concluyeron que el acompañamiento de una pareja o un familiar era muy significativo para la madre. Otros autores lo entienden como estar acompañado por alguien que interviene activamente como apoyo y ayuda durante el proceso. En todo caso, es un factor que produce satisfacción materna durante el parto. De acuerdo con estos autores el acompañamiento se relaciona con menores niveles de dolor, percepción de bienestar, y mayores niveles de autocontrol y de satisfacción.
6. El **contacto precoz de la madre con su hijo** tras el momento del parto y la **permanencia continua** de la madre con su hijo es uno de los aspectos que logra mayor satisfacción, materna (1).

A pesar de que en muchos centros hospitalarios no se lleven a cabo las recomendaciones promulgadas por la OMS y el Ministerio de Sanidad, en general, las mujeres están satisfechas con los cuidados recibidos durante el parto (1).

6. Posturas maternas durante la segunda etapa del parto

Desde hace unos años en el mundo del parto se han levantado voces críticas ante el uso masivo de las posturas horizontales. De esta forma la mujer es pasiva y está subordinada al profesional. Por el contrario, en las posiciones verticales, la madre se vuelve activa, recupera las riendas del parto y el profesional es quien se tiene que adaptar a la paciente (1).

Las posiciones maternas se pueden clasificar en verticales u horizontales. A grandes rasgos, la diferencia entre ambas posturas es que en las posiciones verticales los pies de la mujer están en el suelo, mientras que en las posiciones horizontales, la mujer se acuesta sobre su espalda (11).

A continuación, se analizan más detenidamente las siguientes posiciones:

6.1. Posición de litotomía

En posición de litotomía, la mujer está acostada sobre su espalda o elevando el tronco a menos de 45 grados a la horizontal y sus piernas se colocan en los estribos (12).

Las causas posibles del uso de esta postura son las siguientes (13):

- La comodidad del profesional a la hora de asistir al parto.
- La dificultad de mantener una posición vertical tras la administración de analgesia epidural.
- La monitorización fetal puesto que no siempre está presente la versión inalámblica.

A pesar de estas causas, preocupa los riesgos que conllevan estas posiciones como por ejemplo la reducción del flujo sanguíneo al bebé debido a la compresión de los principales vasos sanguíneos ubicados detrás del útero (13).

6.2. Posición supina

En posición supina, la mujer se acuesta boca arriba, con el tronco ligeramente elevado (menos de 45 grados), sus piernas pueden estar dobladas con los pies planos sobre la cama, en los reposapiernas o estiradas (12).

A pesar de la evidencia científica contra el uso esta posición, según varias revisiones son las posiciones más comúnmente adquiridas por las mujeres durante el parto (12).

Estas posturas se adoptan tanto en países subdesarrollados como desarrollados.

Una encuesta mostró que, aproximadamente el 99,2% de las mujeres de Malawi pasan la mayoría del tiempo del trabajo del parto en posición supina y la mayoría (91,4%) dan a luz en esta posición (12).

Las posiciones supinas también son populares en los países desarrollados, como EEUU, donde más de dos tercios (68%) de las mujeres con partos vaginales dan a luz en esta posición (12).

6.3. Posiciones laterales

En las posiciones laterales la mujer se acuesta de lado con la parte superior de la pierna cerca del pecho. Esta posición incluye dos variantes (12):

- Posición lateral pura, la mujer se acuesta de lado con ambas caderas y rodillas flexionadas y una almohada entre sus piernas o con sus piernas superiores levantadas y apoyadas.
- Posición de Sims, la mujer se acuesta de lado con la parte inferior del brazo detrás (o delante) del tronco, la parte inferior de la pierna extendida, y la parte superior de la cadera y la rodilla flexionadas 90 o más grados, rodando parcialmente hacia su frente (12).

Las posiciones laterales son fáciles, reproducibles y cómodas. Las matronas prefieren en general posiciones laterales durante la segunda etapa del parto para las mujeres con y sin analgesia epidural (12).

6.4. Posiciones sentadas

Las posiciones sentadas incluyen;

- La semisentada, en la que la mujer se sienta con su tronco en un ángulo mayor de 45 grados en la cama.
- La sentada en el borde de la cama o en la silla de partos (12).

Las posiciones sentadas parecen ser comparativamente más populares en algunos países desarrollados occidentales que en países asiáticos (12).

6.5. Posiciones de rodillas

Las posiciones de rodillas pueden variar de arrodillarse en posición vertical o a cuatro patas. En esta última posición, la mujer se arrodilla, se inclina hacia adelante y se apoya en las palmas de las manos o en el puño (12).

En algunos países desarrollados, como el francés, la posición de rodillas es una de las más utilizadas puesto que las matronas están muy capacitadas para apoyar a las mujeres en esta posición durante el parto (12).

En comparación con otras posiciones, la posición de rodillas rara vez se usan en países asiáticos. Las posibles razones podrían ser la falta de conocimiento y la falta de matronas cualificadas (12).

6.6. Posición en cuclillas

La posición en cuclillas consta en arrodillarse con el tronco erguido o las palmas de las manos en el suelo o en un cojín. A menudo se considera como la posición más natural, puesto que es muy similar a la posición habitual de descanso del chimpancé (12). Esta posición se utiliza en los partos donde ocurre en instalaciones no médicas (14).

En la posición en cuclillas, el peso de la mujer descansa principalmente sobre sus pies, pero sus rodillas están marcadamente dobladas, y puede inclinarse o tener un punto de apoyo (15).

En la práctica, podemos observar espontáneamente dos tipos de posición de nacimiento en cuclillas: de puntillas y con los pies planos (15).

Los pies planos en la posición de cuclillas resultan más eficaces que los pies en puntillas puesto que la curva lumbar y la orientación de la pelvis era óptima para el descenso del bebé (15).

Sin embargo, la gran desventaja de esta posición es su difícil mantenimiento durante un largo tiempo. Por lo tanto, el tener un punto de apoyo o soporte puede resolver tales problemas (12).

La enfermera matrona en España suele ser la encargada de hacer el seguimiento, y atender el parto y postparto a la madre y el bebé. Por lo tanto, debe ser la encargada de asesorar y proporcionar información a la mujer embarazada sobre las posturas a adoptar durante el parto.

Por ello se hace esta revisión para buscar los beneficios de las diferentes posturas, para poder atender mejor a las madres y que sean ellas quien elijan la postura teniendo toda la información sobre la mesa.

JUSTIFICACIÓN

En España estos últimos años cada vez más madres apuestan por partos naturales, en los cuales se vuelven activas, sienten mayor control y satisfacción en el parto. Dentro de esta influencia se encuentra la libertad de posición durante el parto y este es el tema que va a abordar esta revisión bibliográfica.

A pesar de las recomendaciones de la OMS de evitar la posición de litotomía y supina y de dar a luz en las posturas que las madres desearan, las posturas horizontales siguen siendo las más populares en todo el mundo. Muchas mujeres desconocen los beneficios de las posiciones verticales y ni si quiera se plantean la adopción de estas.

Es por ello por lo que considero de gran interés realizar una revisión bibliográfica sobre los beneficios del uso de las posiciones verticales frente a los horizontales en la segunda etapa del parto, para que desde el ámbito de la enfermería se pueda informar a la madre sobre los pros y los contras de las diferentes posturas y sean ellas quienes elijan la postura a adoptar. Además, creo que sería muy interesante formar a las madres tanto en los métodos para no perder el equilibrio en estas posiciones como en el alivio de las zonas de presión y hacer partícipes a los acompañantes en el proceso.

OBJETIVOS

General:

Analizar las ventajas de las posiciones verticales frente a las horizontales en la segunda parte del trabajo del parto.

Específicos:

- Conocer el proceso de parto, sus etapas, el alivio del dolor, la evolución de los cuidados intraparto, así como las diferentes posiciones que se pueden adoptar.
- Valorar la satisfacción de las madres que tuvieron la libertad de elegir la postura vertical durante el parto.

METODOLOGÍA

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, sobre los beneficios de las posiciones verticales frente a las posiciones horizontales en la segunda etapa del parto.

Las palabras clave utilizadas para esta búsqueda han sido: *labour, birth, position, vertical, second stage of labour*. Las bases de datos biomédicas utilizadas han sido las siguientes: Pubmed, Medline, The Cochrane Library, Dialnet y Scielo. Se han aceptado artículos y documentos más relevantes publicados en los últimos 10 años sobre el tema a estudiar. La búsqueda principalmente ha sido realizada en inglés por ser la lengua vehicular en el campo médico, como también en castellano.

Los operadores booleanos utilizados han sido: “AND” y “OR”. Se han combinado las palabras clave con los operadores booleanos para poder encontrar artículos que respondiesen el objetivo de trabajo.

Criterios de inclusión

- Tipo de publicación:
 - Limitado a revisiones sistemáticas, estudios recogidos en meta-análisis, ensayos controlados aleatorios, ensayos clínicos controlados.
 - Solo se escogieron los artículos que fueran completos y accesibles gratuitamente.
- Tipo de participantes: parturientas multíparas o nulíparas sanas en la semana mayor a 28.

Criterios de exclusión:

- Artículos que abordan temas como la hidroterapia, la deambulaci3n durante la segunda etapa del parto y el uso de la pelota de pilates.
- Estudios que se basaban en madres con preeclampsia.

Una vez definidas las palabras claves y los filtros, se realiz3 una b3squeda bibliogr3fica ([Figura 1](#)) exhaustiva y tras la lectura de varios art3culos, se incluyeron 21 art3culos relacionados con el tema.

De los artículos seleccionados se realizó una valoración de calidad. Analizando en primer lugar la introducción, asegurándose de que fuese un avance de lo que se iba a hablar en la revisión. Después se analizó la metodología, que fuera clara y con los objetivos y la población bien marcados. En cuanto a los resultados se observó que dieran repuesta a los objetivos y, por último, la conclusión que fuese acorde con los resultados y la bibliografía.

Los criterios mencionados anteriormente corresponden a la herramienta CASPe (16), la cual se ha utilizado para excluir los artículos de baja calidad y aceptar los de buena o muy buena calidad científica. Para ello se han utilizado unos cuestionarios de preguntas que nos guían sobre la calidad de los artículos seleccionados.

El análisis de la revisión se llevará a cabo mediante la síntesis de las ideas centrales de los artículos relevantes y de sus conclusiones, tratando siempre de responder a los objetivos marcados.

RESULTADOS

Tras la lectura de los 21 artículos incluidos en la revisión bibliográfica, se analizaron las diferencias entre las posiciones verticales y horizontales durante el parto en los aspectos evaluados en los diferentes estudios.

En la [Tabla 2](#) se indican los diferentes factores que tienen relación con las posiciones verticales y horizontales, agrupándolos en dos momentos importantes, intraparto y postparto. El grupo de factores incluidos en el momento intraparto se subdividen en los que influyen a la madre y al neonato.

A. INTRAPARTO

EN LA MADRE

A.1. Diámetro de la pelvis

Cuatro artículos mostraron el aumento del diámetro pélvico en las posiciones verticales, (7,12–14) lo que permite un progreso del parto más rápido. Entre los subgrupos de posiciones verticales, según un estudio (7) tal vez sea la posición en cuclillas la que más aumente la salida pélvica (aproximadamente un 28%, 1 cm en el diámetro transversal y 2 cm en el anteroposterior).

En un ensayo se comparó los diámetros de la pelvis en posición vertical mediante resonancia magnética. Este estudio encontró que el diámetro anteroposterior del estrecho inferior, el diámetro interespinoso y el diámetro intertuberoso son estadísticamente más grandes que en posición supina, solo el diámetro obstétrico conjugado es más pequeño en la posición vertical (13).

A.2. Alivio del dolor materno

La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa (7).

Tras la revisión de varios artículos se observó que las posiciones verticales o laterales, comparadas con la supina o de litotomía, se asocian a menor dolor agudo o severo durante la segunda etapa del parto (7,13,17).

La revisión de Cochrane (18) que aborda el tema de las posiciones maternas en la segunda etapa del parto en madres sin epidural, comparaba el dolor en esta etapa en posiciones verticales y horizontales. En esta revisión los datos no se pudieron agrupar puesto que los estudios utilizaron diferentes formas de medir el dolor. Sin embargo, la mayoría de los ensayos informaron una reducción del dolor y menor necesidad de analgesia o anestesia en posiciones verticales.

Estos resultados son consistentes con varios estudios, analizados en otra revisión bibliográfica, donde también refleja la reducción del dolor en posiciones verticales frente a las horizontales (6).

Por lo tanto, dos revisiones afirman el alivio del dolor del parto en las posiciones verticales.

A continuación, se van a analizar los ensayos que comparan los subgrupos de las posiciones verticales con las posiciones horizontales:

Dentro de las posiciones verticales la posición de cuclillas tiene una mayor incidencia en la reducción del dolor. Dos estudios de una revisión (12) obtuvieron como resultado la reducción del dolor en esta posición. La reducción del dolor se relacionó con la reducción de la duración del parto en posición de cuclillas.

Además de la posición en cuclillas, la posición sentada también puede jugar un papel importante en la reducción del dolor. Dos estudios de una revisión (12) obtuvieron como resultado la reducción del dolor en esta posición frente a la posición supina. Sin embargo, un estudio en Suecia que comparó la posición de piernas cruzadas y la posición sentada informó mayor nivel de dolor en la posición sentada en la segunda etapa del parto (6).

Por otro lado, un estudio de Hunter concluyó que algunas mujeres encuentran que las posturas de manos y rodillas alivia el dolor de espalda en partos con presentación fetal occipito-posterior (7).

La mayoría de los estudios revisados muestran un alivio del dolor en las posiciones verticales, aunque cabe destacar uno de ellos puesto que afirma que no existen diferencias estadísticamente significativas en el alivio del dolor y las diferentes posturas durante el parto (6).

A.3. Reducción del tiempo del parto

Las posiciones verticales, hacen que aumente el diámetro pélvico y la actividad uterina, por lo que el útero se contrae de manera más fuerte y eficiente. Los mecanismos anteriores junto con la fuerza de la gravedad ayudan al bebé a estar en una posición favorable y descender más fácilmente por el canal del parto, reduciendo así el tiempo del parto (12,19).

Aun utilizando analgesia epidural, la cual aumenta la duración del parto, existe evidencia de que el tiempo es menor en posición vertical que en supina (18).

Dos estudios afirmaron la reducción de la duración de la segunda etapa del parto, en el primero (4) el parto se redujo en una media de 7 minutos en madres que mantenían posiciones verticales frente a las que parían en posición supina y en el otro (19) se dio una reducción de hasta 21.12 minutos en madres que mantenían posiciones de sacro flexible (arrodillada, a cuatro patas, sentado en un asiento de parto y lateral).

Sin embargo, la revisión actualizada de Cochrane (20) concluye que no hay diferencias significativas entre posiciones verticales y horizontales en relación con la duración de la segunda etapa del parto.

A continuación, se van a analizar los estudios que comparan los subgrupos de posiciones verticales frente a las posiciones horizontales:

En cuanto a la posición de cuclillas, dos estudios de una misma revisión (12) obtuvieron como resultado la reducción de la duración del parto, en uno de ellos disminuía 9 minutos y en el otro estudio disminuía hasta 34 minutos. Otro estudio (13) afirmó la reducción del parto en esta posición frente a la posición supina. Además, un estudio controlado aleatorio, demostró que una ayuda ergonómica de soporte de tobillo para la posición en cuclillas puede reducir aún más la segunda etapa del parto (12).

La posición sentada también demostró una reducción de la duración en tres estudios (12,13,21).

En contraposición tenemos las posiciones horizontales, tres estudios de una misma revisión (12) y un estudio de mujeres taiwanesas (13) obtuvieron como resultado la menor probabilidad de reducir la duración del parto en esta posición. Cuando la mujer está en posición supina o de litotomía, el peso de la mujer se apoya principalmente en su espalda, esto significa que la mujer empuja contra gravedad y pone al bebé en un ángulo de conducción desfavorable con relación a la pelvis. Además, las contracciones son frecuentes, pero menos efectivas (12).

Con los años se ha intentado desarrollar una posición supina modificada, en un estudio chino modificaron la posición supina elevando la cabecera de la cama a 60 grados, lo que permite un ángulo de conducción óptimo para ayudar al descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis, acortando así la segunda etapa del parto (12).

La literatura existente ha especificado que prolongar la segunda etapa del parto puede poner en riesgo el bienestar de la madre y el bebé, por lo que acortar la duración de la segunda etapa del trabajo es de gran importancia (12).

A continuación, se van a exponer las diferencias encontradas en los factores que influyen en el neonato según las posturas adquiridas:

EN EL NEONATO

A.4. Tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas.

Más allá de los impactos en los resultados maternos y del bebé, las posiciones maternas se han concebido como tratamientos para ciertas complicaciones obstétricas, como la distocia de hombros y la posición de occipucio posterior del bebé, aunque la información existente es escasa.

TRATAMIENTO DE DISTOCIA DE HOMBROS

En un estudio holandés, la posición de a cuatro patas se ejecutó como una maniobra para la gestión de distocia de hombros, fue la segunda maniobra más utilizada en general (26,6%) después del fracaso de la maniobra inicial de McRoberts. Además, los autores informaron que esta postura fue la primera maniobra para gestión de la distocia de hombros en 17/64 casos (26,6%) con una tasa de éxito del 29,4% (12).

Aunque el mecanismo preciso para la desimpactación de los hombros en esta posición no está claro, hay algunas posibles explicaciones (12):

- Primero, el movimiento a la posición de cuatro patas puede desplazar el hombro impactado.
- En segundo lugar, puede contribuir a la salida pélvica más amplia.
- Tercero, cuando hay impactación bilateral de los hombros, la gravedad del bebé puede ayudar a mover el hombro posterior hacia adelante sobre el sacro promontorio.

TRATAMIENTO DE POSICIÓN OCCIPUCIO POSTERIOR DEL BEBÉ

Varios investigadores muestran en un estudio (22) que la posición decúbito durante el parto es eficaz para conseguir la rotación fetal a occipitoanterior y así mejorar los resultados del parto.

Sin embargo, recalcan que en la postura de manos y rodillas la mujer presenta su abdomen en un plano más inferior a su espalda que con la postura de decúbito lateral, lo que favorece que la espalda fetal se dirija hacia la pared abdominal materna por efecto de la fuerza de la gravedad y se reduzca el tiempo necesario para la rotación fetal a occipitoanterior (22).

Un estudio realizado en tres hospitales de la red pública de Andalucía (España), con gestantes en fase activa del parto y diagnosticadas de posición fetal occipitoposterior obtuvo resultados similares en la rotación a occipitoanterior en el grupo de madres en posición de manos y rodillas (81,6%) y en posición decúbito lateral (80,0%) (22).

Sin embargo, los autores de este estudio afirman que la eficacia de la rotación del bebé en la postura decúbito lateral, respecto a la postura de manos y rodillas, puede reducirse cuando la mujer la adopta con una dilatación del cérvix mayor a 8 cm. Por lo que es recomendable un diagnóstico precoz durante la primera fase del parto, para que la mujer adopte una postura eficaz (22).

En caso de que la madre tenga una dilatación cervical mayor de 8cm, los autores concluyen que la postura de manos y rodillas sería la posición idónea (22).

A.5. Modo de nacimiento

PARTO VAGINAL ESPONTANEO

No se encontraron diferencias significativas entre las posiciones maternas en cuanto a la incidencia de parto vaginal espontaneo en ninguno de los estudios incluidos (4,22).

PARTO ASISTIDO

Según la revisión bibliográfica de Cochrane (18), hubo una reducción de los partos asistidos en las madres que mantuvieron una posición vertical durante la segunda etapa del parto frente a las que mantuvieron una posición supina.

Sin embargo, en la actualización de esta revisión (20), las posiciones verticales parecen aumentar la probabilidad de que las mujeres tengan un parto asistido.

Los resultados del ensayo de BUMPES (4) y los de varios estudios de una revisión bibliográfica (13) muestran que no hay diferencias significativas entre las posiciones verticales y supinas en la tasa de parto instrumentalizado.

Varios estudios analizaron más en profundidad los subgrupos de las posiciones verticales frente a las horizontales en la tasa de partos asistidos, obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a la posición de cuclillas, se obtuvo una reducción de partos asistidos en dos revisiones (13,17).

La posición de manos y rodillas, sin embargo, obtuvo mayores tasas de partos asistidos frente a la posición lateral (22).

MODO DE NACIMIENTO: CESÁREA

Tras el análisis de varios estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la posición vertical y la posición supina en la incidencia de cesáreas (4,18,20,22).

A.6. Promover el bienestar fetal y del recién nacido.

Existe la hipótesis de que las posiciones verticales y la posición lateral pueden ser beneficiosas para el bebé, mientras que la posición de litotomía y la posición supina deben evitarse por sus posibles efectos nocivos (18).

Los indicadores del bienestar fetal o del recién nacido a analizar son los siguientes (18):

- Patrones de frecuencia cardiaca fetal (FCF)
- Ingresos en cuidados intensivos neonatales
- Muerte perinatal
- Índices de Apgar <7

PATRONES DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)

En la revisión bibliográfica de Cochrane (18) dos ensayos registraron menos patrones anormales de FCF en posiciones verticales frente a la posición supina. La mayor incidencia de patrones anormales de la FCF se debe a que en las posiciones supinas o de litotomía los vasos intraabdominales pueden estar comprimidos, llevando un flujo materno inadecuado hacia la placenta y causando una disminución de la perfusión uteroplacentaria; produciendo por lo tanto anomalías en la FCF (12).

Varios estudios comparan los subgrupos de las posiciones verticales y las posiciones horizontales en lo que respecta a este factor:

Un ensayo de la revisión de Cochrane (18) detectó menos patrones anormales de FCF en la posición de cuclillas o uso de taburete.

En cuanto a la posición sentada, un estudio que comparó esta postura con la supina mostró que las desaceleraciones de la FCF eran menos frecuentes en la posición sentada. Además, este estudio afirmó que la posición lateral izquierda provoca menos anomalías de la FCF puesto que permite un mejor flujo utero-placentario (23).

Sin embargo, una revisión bibliográfica desaconsejó la posición de manos y rodillas debido al aumento que supuso en las desaceleraciones de la FCF en la segunda etapa del parto (13).

INGRESOS EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

No se mostró relación entre la posición materna y el ingreso en cuidados intensivos neonatales en ninguno de los estudios incluidos en la revisión (12,18,20).

MUERTE PERINATAL

En los estudios incluidos en esta revisión no se mostró relación entre las posiciones y la muerte perinatal puesto que se registraron muy pocas muertes (18,20).

ÍNDICES DE APGAR <7

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices de Apgar <7 entre las posiciones maternas en ninguno de los estudios incluidos en la revisión (4,13,20).

B. POSTPARTO

En cuanto a los factores postparto con los que se han relacionado la posición materna son los siguientes:

B.1. Reducción del trauma perineal.

La mayoría de las mujeres sometidas a parto vaginal pueden tener cierto grado de traumatismo perineal tras el parto. Es por lo que los sanitarios hacen hincapié en la prevención del traumatismo perineal durante la segunda etapa del parto.

A continuación, se va a analizar la relación entre las posiciones maternas con los grados de traumatismo perineal, que son los siguientes:

- Periné Intacto
- Edema vulvar
- Episiotomía
- Desgarros perineales de primer y segundo grado (leves)
- Desgarros perineales de tercer y cuarto grado (severo o graves)

PERINE INTACTO

Dos estudios de una revisión (12) obtuvieron un aumento del periné intacto en la posición de manos y rodillas. En países como Irlanda y Nueva Zelanda animan a las mujeres a parir en esta posición, dada la mayor visibilidad de la zona y la reducción de la presión en el periné, reduciendo así los traumatismos perineales (12). Sin embargo, otro estudio de esta revisión (12) mostró un mayor riesgo de traumatismo perineal en esta posición en comparación con la posición supina. Esta discrepancia puede atribuirse a las diversas modalidades de la posición de rodillas (12).

En cuanto a la posición de cuclillas, dos estudios incluidos en una revisión (12) y un estudio (18) mostraron que reducen la incidencia de periné intacto y aumentan la de traumatismos perineales. Existe la hipótesis de un aumento en la tasa de traumatismo perineal en cuclillas debido a la incapacidad de la matrona de controlar la expansión de la cabeza del bebé, reduciendo así la probabilidad de mantener el periné intacto (12).

Del mismo modo, la posición sentada fue relacionada con el aumento de traumatismo perineal en dos estudios (11,12), reduciendo así la incidencia de periné intacto.

Por último, las posiciones horizontales sin duda son las menos beneficiosas para el mantenimiento del periné intacto. Dos estudios incluidos en una revisión (12) aseguraron una mayor tasa de traumatismos perineales en la posición de litotomía frente a otras posiciones. Una posible causa del aumento del riesgo de desgarros perineales en posición de litotomía puede deberse al estrés y la tensión en el periné con la pierna abducida de manera exagerada (12). Sin embargo, en un estudio Hodnett y col. informaron que el trabajo de parto en posición semi-Fowler (posición supina) obtuvo menos tasas de traumatismos perineales, aumentando la incidencia de periné intacto (12).

EDEMA VULVAR

Sólo dos estudios de los revisados en este trabajo evaluaron la relación entre las posturas verticales y la aparición del edema vulvar. El primero de ellos afirma que la frecuencia del edema es mayor en mujeres que mantuvieron posición sentada frente a las que mantuvieron posición lateral izquierda (23). Mientras que el segundo no muestra diferencias significativas en la incidencia de edema vulvar entre mujeres que mantuvieron la posición de cuclillas y supina (13).

EPISIOTOMÍA

Dos estudios afirmaron la reducción de la incidencia de episiotomía en la posición vertical frente a la supina (18,24).

La razón de la reducción de episiotomías puede ser la mayor incidencia de desgarros de primer y segundo grado en las posiciones supinas o de litotomía, por lo que no hay necesidad de la realización de episiotomías (13).

En contraposición a los estudios anteriores, el ensayo de BUMPES sugirió un aumento en la incidencia de episiotomía en el grupo vertical en comparación con el grupo supino, aunque esto no fue estadísticamente significativo (4).

En la revisión se incluyeron varios estudios que compararon los subgrupos de las posiciones verticales con las posiciones horizontales y obtuvieron los siguientes resultados:

Dos estudios obtuvieron como resultado la reducción de la incidencia de episiotomía en la posición de cuclillas (13,18).

En cuanto a la posición sentada, dos estudios obtuvieron una menor incidencia de episiotomía en esta posición (12,17). Sin embargo, un ensayo clínico de mujeres en posición sentadas y lateral, obtuvo mayores tasas de episiotomía en la posición sentada frente a la lateral, afirmando el factor protector de esta última posición frente a las episiotomías (24).

En cuanto a la posición de manos y rodillas un ensayo realizado en China obtuvo una menor incidencia de episiotomía en esta posición frente a la supina (12).

DESGARROS PERINEALES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO

En relación con el apartado anterior, la reducción de la incidencia de episiotomía en posiciones verticales frente a la posición supina se compensó con el aumento de desgarros perineales de segundo grado en tres estudios (18,20,24).

En la revisión se incluyeron varios estudios que compararon los subgrupos de las posiciones verticales con las posiciones horizontales y obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la posición de cuclillas, un estudio obtuvo una menor tasa de desgarros de segundo grado en esta posición frente a la supina (13).

Dos estudios reflejaron un aumento de la incidencia de desgarros de segundo grado en posiciones sentadas (13,17). Sin embargo, un ensayo donde se estudiaron a parturientas que mantenían posiciones sentadas y laterales, obtuvieron una mayor incidencia de desgarros de primer grado en este último grupo (23).

Un estudio realizado en China obtuvo mayores tasas de desgarros perineales de primer grado y de segundo grado en la posición de manos y rodillas frente a la supina (12).

DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO

Un estudio encontró que, independientemente de la paridad, había menor incidencia de desgarros de cuarto grado en mujeres en posición vertical y que la mayor incidencia se encontraba en la posición de litotomía (13).

Sin embargo, un estudio que evaluó varios partos vaginales retrospectivamente mostró una reducción de un 53% en la tasa de desgarros de cuarto grado en posiciones supinas frente a las verticales (24).

Varios estudios concluyeron que las diferencias entre las tasas de desgarros perineales de tercer o cuarto grado entre mujeres en posición vertical y supina no fueron estadísticamente significativas (4,18,20,24–26)

En cuanto a los estudios incluidos en la revisión que compararon los subgrupos de posiciones verticales frente a las posiciones horizontales, se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto a la posición sentada, un estudio comparó esta posición con la de litotomía obtuvo un mayor riesgo de traumatismos perineales de tercer y cuarto grado en la posición de litotomía (27).

Un estudio que comparó la posición de cuclillas y supina, obtuvo como resultado una menor tasa de traumatismos perineales de tercer grado en la posición de cuclillas (12). En contraposición a este resultado en una revisión se encontró un riesgo doble de traumatismo perineal de tercer y cuarto grado en la posición de cuclillas (26). La razón de este aumento se puede deber a la expulsión del bebé demasiado rápido en esta posición (27).

Por último, cabe destacar el efecto protector de la posición lateral en la reducción de traumatismos perineales de tercer y cuarto grado. Dos estudios obtuvieron una reducción de la tasa de traumatismos perineales graves en madres que mantuvieron posiciones laterales (20,27).

B.2. Pérdida de sangre.

En las últimas décadas, ha surgido una preocupación sobre la posible mayor pérdida de sangre en posiciones verticales durante la segunda etapa del parto, aunque estas posturas han sido recomendadas como las posiciones más favorables para adoptar durante esta etapa. (12)

Quince de los ensayos incluidos en la revisión de Cochrane (18) y el estudio BUMPES (4) analizaron este factor en madres que mantenían posiciones verticales frente a las que mantenían posiciones horizontales, no se mostraron diferencias significativas en la pérdida de sangre entre ambos grupos cuando se excluyeron del análisis los ensayos de baja calidad.

Varios estudios analizaron más en profundidad los subgrupos de las posiciones verticales frente a las horizontales con relación a la hemorragia intra- y postparto, obteniendo los siguientes resultados:

En la revisión de Cochrane (18), solo se mostró un aumento en la pérdida de sangre estimada mayor de 500 ml en la posición de cuclillas.

En cuanto a la posición sentada, un ensayo de Suecia mostró una pérdida mayor de 500ml de sangre en madres que mantenían la posición sentada durante el parto, sin darse una pérdida mayor de 1000 ml de diferencia en el sangrado (13).

Más tarde se vio que la posible asociación entre la posición sentada y la pérdida de sangre > 500ml durante el parto se encontraba en la mayor indecencia de desgarros perineales (13).

Sin embargo, un estudio desmiente esta hipótesis, asegurando que no hay diferencias significativas en el aumento de hemorragia en posición sentada frente a las demás posturas (13).

B.3. Satisfacción materna

En la actualización de la revisión de Cochrane se mostró que la satisfacción materna en las mujeres que mantuvieron posiciones verticales en general era menor que las que mantenían posiciones supinas (21).

Sin embargo, otro estudio que comparó las posiciones verticales y las supinas afirmó que las mujeres que permanecían en posiciones verticales tenían experiencias de nacimiento más positivas, especialmente en las madres que mantenían la posición sentada se sentían más satisfechas y seguras de sí mismas (13).

En el ensayo BUMPES, se repartió un cuestionario entre las mujeres para saber su nivel de satisfacción en cuanto al parto y se mostraron diferencias en la satisfacción de las madres. La mayoría de las mujeres estuvieron satisfechas con su la experiencia general del parto, con cómo fueron tratadas y se sintieron involucradas en la toma de decisiones durante el trabajo de parto. Sin embargo, muchas madres no estuvieron satisfechas con el cumplimiento de las expectativas ni con el sentimiento de control durante el parto. Además, menos de la mitad de las mujeres estaban de acuerdo con que se había sentido libres para adoptar la posición que desearan durante el parto (4).

Un estudio entrevistó a diez puérperas multíparas que dieron a luz en la posición vertical y horizontal (en partos previos) en un Hospital Universitario Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) y sacó los aspectos positivos y negativos de la posición vertical y horizontal en el parto. A través del análisis de las entrevistas de las madres, se identificaron unas ideas centrales (IC) de aspectos positivos y negativos (Tabla 3 y 4) (17).

Tabla 3 Ideas centrales des aspectos positivos en ambas posiciones

| IDEAS CENTRALES - ASPECTOS POSITIVOS | |
|---|---|
| POSICIÓN VERTICAL | POSICIÓN HORIZONTAL |
| IC 1- La posición vertical es más cómoda, más fácil y rápida para la expulsión del bebé. | IC 7- En la posición horizontal el parto es más rápido debido a la episiotomía |
| IC 2- La parturienta se siente más libre para moverse en la posición vertical | IC 8 - La posición horizontal genera seguridad y sensación de ser más "ayudada" |
| IC3- En la posición vertical la fuerza es mejor dirigida, reduciendo el esfuerzo | IC 9 - La posición horizontal es más confortable |
| IC 4- En la posición vertical la parturienta consigue participar más y ver el nacimiento de su hijo | |
| IC 5 - La recuperación posparto es más rápida en la posición vertical | |
| IC 6 - Ocurre reducción del dolor | |

Fuente: (17)

Tabla 4 Ideas centrales des aspectos negativos en ambas posiciones

| IDEAS CENTRALES - ASPECTOS NEGATIVOS | |
|--|---|
| POSICIÓN VERTICAL | POSICIÓN HORIZONTAL |
| IC 1 - Insatisfacción asociada a la incomodidad en la posición vertical | IC 3 - El parto horizontal demora más, aumenta el sufrimiento, el dolor y el cansancio |
| IC 2 - La falta de intervención obstétrica en el parto vertical genera sensación de no ser "ayudada" | IC 4 - La posición horizontal dificulta el contacto de la mujer con el profesional que realiza el parto |
| | IC 5 - Incomodidad al no poder moverse en el momento del dolor |
| | IC 6 - En la posición horizontal es más difícil hacer fuerza para que el bebé salga |

Fuente: (17)

La IC-1 mostró insatisfacción asociada a la incomodidad en la posición vertical. La causa de esta incomodidad puede ser la debilidad de la musculatura para poder permanecer en posiciones como en cuclillas, arrodillada, o en genupectoral, por mucho tiempo. Cabe destacar que la preparación de la gestante para asumir la posición de cuclillas u otras posiciones verticales no siempre es desarrollada en las actividades educativas postparto.

En la IC-2 subyace la idea de que la no realización de las intervenciones obstétricas, especialmente la episiotomía genera en la parturienta sensación de que no está siendo “ayudada” y eso aumenta la insatisfacción del parto (17).

Por último, la IC-4 mostró la satisfacción de la madre al mantener posiciones verticales, puesto que aseguran participar más y ver el nacimiento de su hijo (17).

B.4. Recuperación postparto

En el estudio (17) mencionado en el apartado anterior, destaca una idea central sobre este tema.

La IC-5 mostró una recuperación posparto más rápida en la posición vertical, puesto que las tasas de periné intacto fueron mayores y las tasas de episiotomías menores en estas posturas, por lo que se redujeron significativamente los puntos de sutura (17).

CONCLUSIONES

Conocer las ventajas de las posiciones verticales que se pueden adoptar durante la segunda parte del trabajo del parto mostró principalmente un aumento en el diámetro de la pelvis, un alivio del dolor y una reducción del tiempo del parto.

La postura vertical también se mostró beneficiosa para el tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas, para la reducción de patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal y en la recuperación postparto. Sin embargo, los estudios que abordaban estos temas fueron pocos, esto sugiere una mayor investigación sobre estos temas.

Por otro lado, existe mucha disparidad entre los resultados de los estudios incluidos en cuanto a los traumatismos perineales y la satisfacción materna por lo tanto también se tendría que investigar más sobre estas variables.

Por último, no se encontró relación entre las posiciones maternas y el modo de nacimiento, bienestar del neonato (en cuanto a los ingresos en cuidados intensivos neonatales (UCIN), muerte perinatal e índices de Apgar <7) y hemorragia en el parto, por lo que no sería necesario investigar sobre la influencia de las posturas en estas variables.

Hoy en día cada vez más mujeres desean un parto natural, donde se tome en cuenta su opinión y sean participes de cada momento del parto, de esta forma su satisfacción será mayor. Sin embargo, en esta revisión los resultados de la satisfacción materna en cuanto a la libre adopción de posturas han mostrado resultados dispares entre las parturientas. Tal vez se deba a la subjetividad de esta variable, sin embargo, sería interesante investigar más sobre la influencia de las posiciones maternas en su satisfacción del parto.

El profesional de enfermería encargado de proporcionar los cuidados a la embarazada en el transcurso del embarazo, parto y postparto debe conocer en profundidad el proceso de parto, sus etapas, mecanismo de alivio del dolor, así como las diferentes posiciones que se pueden adoptar. De esta forma podrá informar a la mujer basándose en la evidencia existente y que ésta elija la postura que desee.

Es necesario realizar más investigaciones sobre este tema, puesto que los grupos de las muestras de la mayoría de los estudios son reducidas, heterogéneas y no están bien definidas. Además, las escalas para medir el dolor no están unificadas y en algunos estudios se comenzó a medir la segunda etapa del parto en diferentes momentos. Solo se encontraron dos ensayos incluidos en una revisión y un estudio realizados en nuestro contexto, esto sugiere una mayor investigación a este nivel.

Comprobados los beneficios de las posiciones verticales, considero que se debería de fomentar la libre adopción de postura materna durante el parto. Desde el punto de vista de enfermería, se podrían realizar clases preparto para dar información sobre los beneficios de las posturas verticales y sobre los métodos para el mantenimiento de estas. Además, creo que sería interesante la investigación y la creación de herramientas ergonómicas (por ejemplo, los soportes de tobillo) para mantener el equilibrio en estas posiciones o reducir el dolor por sobrecarga.

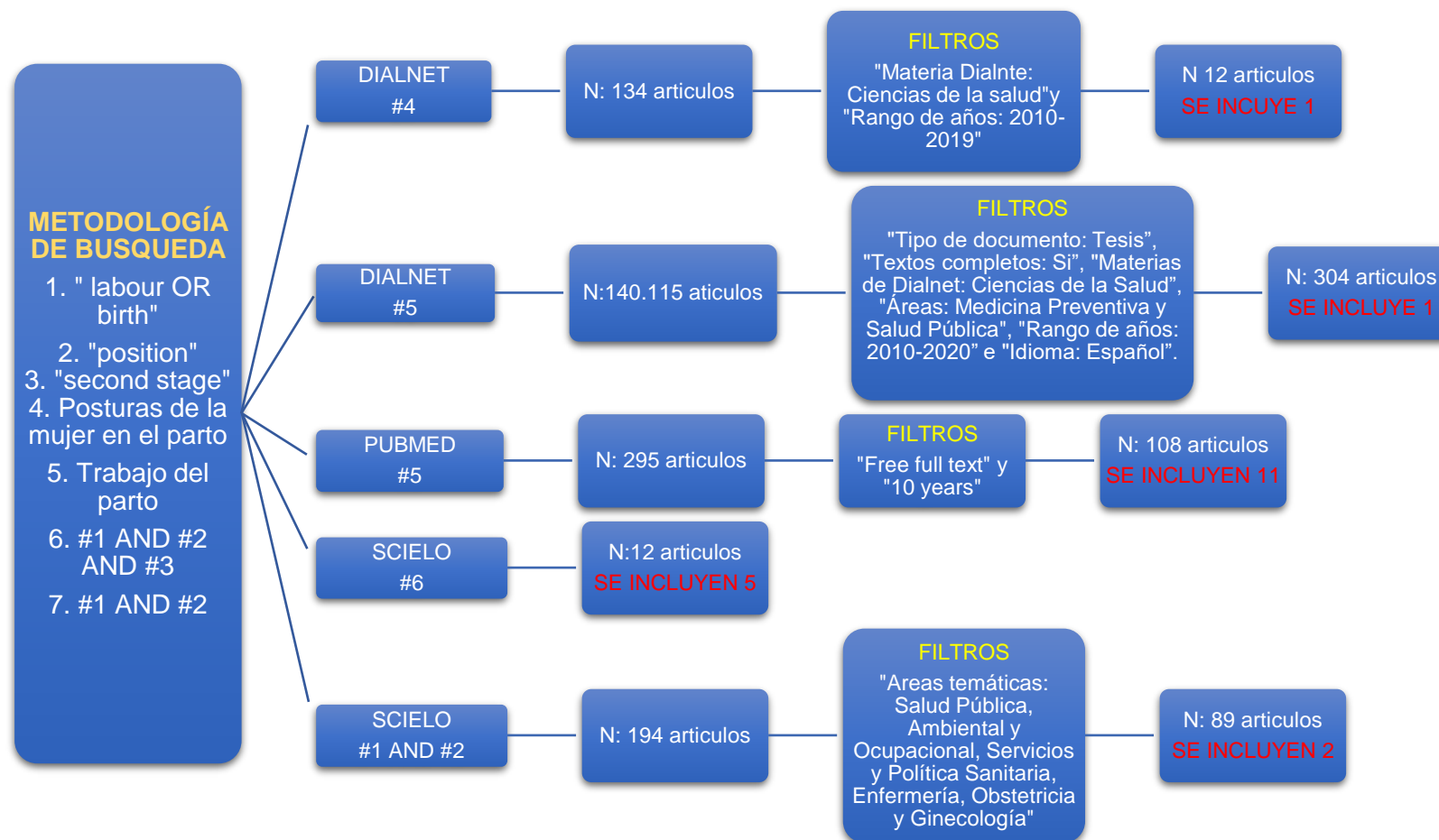
REFERENCIAS

1. Delgado-García BE. Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto. 2015;215. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/314773>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno Vasco. GPC sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 2010. 317 p. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
3. Bombí DI, Obstetricia E en G y. No Title [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>
4. Bick D, Briley A, Brocklehurst P, Hardy P, Juszczak E, Lynch L, et al. A multicentre, randomised controlled trial of position during the late stages of labour in nulliparous women with an epidural: Clinical effectiveness and an economic evaluation (BUMPES). *Health Technol Assess (Rockv)*. 2017;21(65):1–175.
5. ¿Cuáles son las opciones para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto? [Internet]. 2019. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/aliviar>
6. Mahboubeh Valiani, Mehri Rezaie and ZS. No Title. *ran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979260/>
7. Elena M, Roy R, Carrizosa Moreno Á, Jimeno F. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones Positions of the woman in childbirth in phase expulsion: review of scientific evidence and recommendations. *Med Natur*. 2014;1:23–30.
8. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. :400. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0ByuDDZFh88AMjkzNDI4ZGMtZmJjMC00YzNmLTlmNmQtZjU0MjE1OTZIMTM4/view%0D>
9. Atención Hospitalaria al Parto: Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. 2008;
10. Care in Normal Birth: a Practical Guide. 1390;368. Disponible en: http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
11. Cecatti JG, Calderón I de MP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2005;27(6):357–65.
12. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2019;6(4):460–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
13. Torres M, Vinagre C, Godinho AB, Casal E, Pereira A. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto TT - Evidence in the maternal position in the second stage of labor. *Acta Obs e Ginecológica Port* [Internet]. 2018;12(4):277–83. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a05.pdf

14. DiFranco JT, Curl M. Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):207–10.
15. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Is there an impact of feet position on squatting birth position? An innovative biomechanical pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–7.
16. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
17. Gayeski ME. Vivencia Parto En Posiciones. 2009;17(1642007).
18. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2).
19. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–8.
20. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG JN. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database of Systematic Rev*. 2018;(11):Art. No.: CD008070.
21. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. Striving for scientific stringency: A re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012;12(1):1. Disponible en: *BMC Pregnancy and Childbirth*
22. Molina-Reyes CY, Muñoz-Martínez AL, Martínez-García E, Moore TL, Huete-Morales MD, Burgos-Sánchez JA. Eficacia de la postura maternal manos-rodillas: Para corregir la posición fetal occipitoposterior en el parto. *Index Enferm*. 2014;23(1–2):15–20.
23. Schirmer J, Fustinoni SM, De Oliveira Basile AL. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semisitting birth positions: A randomized study. *ACTA Paul Enferm*. 2011;24(6):745–50.
24. Reis ZSN, Pereira GMV, Vianini ALF, Monteiro MVC, Aguiar RALP. Do We Know How to Avoid OASIs in Non-Supine Birth Positions? A Retrospective Cohort Analysis. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2019;41(10):581–7.
25. Peppe MV, Stefanello J, Infante BF, Kobayashi MT, De Oliveira Baraldi C, Brito LGO. Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2018;40(7):379–83.
26. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: A prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013;13(1):1. Disponible en: *BMC Pregnancy and Childbirth*
27. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: A population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1–9.

ANEXOS

Figura 1 Metodología de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Factores intraparto y postparto que pueden tener relación con las posiciones verticales

| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| A. INTRAPARTO | EN LA MADRE | 1. Diámetro de la pelvis |
| | | 2. Alivio del dolor |
| | | 3. Reducción del tiempo del parto |
| | EN EL NEONATO | 4. Tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> - Posiciones verticales como tratamiento para distocia de hombros - Posiciones verticales para el tratamiento de posición occipucio posterior del bebé. |
| | | 5. Modo de nacimiento <ul style="list-style-type: none"> - Parto vaginal espontaneo (SVB) - Parto asistido - Cesárea |
| | | 6. Promover el bienestar fetal y del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> - Patrones de frecuencia cardiaca fetal - Muerte perinatal - Índices de Apgar <7 |
| B. POSTPARTO | | 7. Reducción del trauma perineal <ul style="list-style-type: none"> - PERINE INTACTO - EDEMA VULVAR - EPISOTOMIA - DESGARROS PERINEALES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO - DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO |
| | | 8. Pérdida de sangre |
| | | 9. Satisfacción materna |
| | | 10. Recuperación postparto |

Fuente: Elaboración propia